e Année. — N° 44. 3 Novembre 1900.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Revue hebdomadaire publiée par un groupe de Professeurs de la Faculté libre de Médecine et de Pharmacie.

Tout docteur qui enverra au Journal sa thèse en double exemplaire recevra un abonnement gratuit pendant l'année courante.

Rédaction et Administration : 56, rue du Port, à Lille.

Abonnement : France : 10 fr. — Étranger (Union postale) : 12

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires au bureau du Journal sera annoncé et analysé, s'il y a lieu.

Eustache

SOMMAIRE :

Travaux originaux. — L'hystérectomie abdominale totale dans les cas de dystocie par fibromes utérins, par M. **G. Eustache**.

Note clinique. — Epithélioma de la main gauche (2me récidive), par M. **René Desplats**.

Société anatomo-clinique de Lille. — Séance du 30 mai 1900.

Nouvelles. — Société Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien. — Concours d'internat. — Concours d'externat.

Carnet du Journal. — Fiançailles. — Nécrologie. — Changement de domicile.

Bibliographie.

EAU MINERALE NATU ELLE du BASSIN de VICHY

La PLUS FROIDE 10°.

La MOINS ALTÉRABLE par le Transport.

SOURCE LARBAUD-St-YORRE

(DÉCOUVERTE EN 1853)

Souveraine contre les Maladies du FOIE, de l'ESTOMAC et des REINS, le DIABÈTE, la GRAVELLE et la GOUTTE

PRIX : 20 fr. la caisse de 50 litres, à VICHY. — Dépôt chez les Pharmaciens et Marchds d'Eaux minérales.

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE EN GÉNÉRAL

CAPSULES COGNET

EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ

ANTISEPTIQUE INCOMPARABLE — PARFAITEMENT TOLÉRÉ.

A. COGNET, 4, RUE DE CHARONNE, PARIS, ET TOUTES PHIES.

Pansements
Gargarisme
Injections
Inhalations
Affections cutanées

PHENOSALYL

TERCINET

Seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine.

Résultats thérapeutiques remarquables et rapides.

NON TOXIQUE

SOLUBLE DANS L'EAU

Flacons de 125 et 250 gr.

Toutes Pharmacies

DOSE : Une Cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

CONTREXÉVILLE SOURCE DU PAVILLON

ABSOLUMENT INDIQUÉE — A JEUN ET AUX REPAS

RÉGIME DES GOUTTEUX, GRAVELEUX, ARTHRITIQUES

INAPPÉTENCE, ANÉMIE, CONVALESCENCE, MALADIES de POITRINE, d'ESTOMAC, etc.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Contient non-seulement les *Principes solubles de la Viande*, mais aussi la *Fibre musculaire*, fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

POUDRE — ÉLIXIR

DEFRESNE, Auteur de la Pancréatine, 4, Quai du Marché-Neuf, PARIS, et Pharmacies.

Goutte, Rhumatismes, Diathèse urique

TEINTURE COCHEUX

Succès dans les Hôpitaux depuis 1840

EFFICACITÉ CERTAINE

Dose : Une cuillerée à café dans un peu d'eau sucrée.

Phtisie, Croissance — Dentition Grossesse

SOLUTION BRUNO

au biphosphate de chaux — par cristallisé

Le plus sûr, le plus actif — des reconstituants

La cuillère à soupe renferme 50 centigr. de biphosphate. — 2 fr. 50 le litre.

Toutes Pharmacies. — Dépôt à Paris : GÉRIN, MAUSSEY & Cie, 23, rue Beautreillis. — Toutes Pharmacies.

IODURE SOUFFRON KI

Chimiquement Pur — TITRÉ — INALTÉRABLE

TITRÉ

SOLUTION à 1/15me — 1 cuill. à potage contient 1 gr. KI.

SIROP à 1/20me

DRAGÉES à 0gr.25 centigr.

ASTHME — GOITRE — LYMPHATISME — GOUTTE — SYPHILIS

NI CORYZA, NI GASTRALGIE, NI CÉPHALALGIE

Très recommandé par tout le Corps médical, parce qu'il est chimiquement pur, très exactement titré et absolument inaltérable. (*Echantillons sur demande.*)

FABRIQUE-VENTE en GROS : SOUFFRON, 21, Rue Poncelet, Paris et toutes Pharmacies.

Célèbre Source des Bénédictins de Cluny — à SAUXILLANGES (Puy-de-Dome)

LA RÉVEILLE

Bicarbonate de Soude	2.545
— de Magnésie	0.230
— de fer	0.067
Carbonate de Chaux	0.314
Chlorure de Sodium	0.065
Alumine et Silice	0.066
Acide carbonique libre	1.975
	5.262

Nutritive et Reconstituante

ELLE EST PAR EXCELLENCE L'EAU DE RÉGIME DES FAIBLES ET DES CONVALESCENTS.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0gr05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

DRAGÉES

QUINOIDINE DURIE

Puissant tonique. - Très efficace les *récidives des fièvres intermittentes*

Dix centigr. de Quinoïdine par Dragée. — Fl. de 100 : PARIS, 20, Place des Vosges, et toutes

JOURNAL

DES

SCIENCES MEDICALES

DE LILLE

Numéro 44. 3 Novembre 1900.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE DANS LES CAS DE DYSTOCIE PAR FIBROMES UTÉRINS

Par le Professeur G. Eustache, de Lille (1).

La conduite à tenir dans les cas relativement assez nombreux de grossesse survenant dans les utérus fibromateux est assez imprécise et diversement tracée par les auteurs et les praticiens qui s'en sont occupés. C'est qu'en effet la question est complexe et qu'il est difficile, étant donnée la variabilité des cas, d'édicter des principes généraux applicables à tous.

Quoi qu'il en soit, voici ceux qui m'ont guidé dans ma pratique déjà longue, que je soumets et recommande à mes confrères.

Deux cas peuvent être envisagés : ou la grossesse est en cours ou elle est à terme.

Ier cas. — Pendant l'évolution de la grossesse dans un utérus atteint de fibromyomes, quels que soient le siège et

(1) Communiqué au XIIIe Congrès international de médecine, à Paris. Séance du 3 août 1900.

l'étendue de la dégénérescence, je m'abstiens systématiquement d'intervenir, considérant que les deux états peuvent parfaitement évoluer ensemble et permettre l'arrivée de la grossesse à terme, avec conservation d'un fœtus vivant et viable après délivrance.

Que si, pendant le cours de la grossesse, il survient des accidents graves menaçant la vie de la mère à bref délai, tels que obstruction intestinale, hémorrhagie abondante, vomissements incoercibles et phénomènes d'infection par rupture de l'œuf, accidents rares du reste, il y a lieu de se résoudre à l'ablation de l'organe par la laparotomie. L'intervention est alors motivée par l'accident lui-même et non point par la lésion.

IIe cas. — Le travail débute soit avant terme, soit le plus plus souvent à terme.

L'*expectation* s'impose tout d'abord, afin d'apprécier les ressources de la nature suivant tel ou tel cas.

Si le fibrome est *extra-pelvien*, l'accouchement aura lieu et il n'y a pas pour l'accoucheur matière à intervenir : plus tard, le cas ressortira de la chirurgie proprement dite.

Lorsque le fibrome est *pelvien*, *prævia*, il pourra s'assouplir, se ramollir, se laminer, remonter, et nous rentrons dans le cas précédent. Les faits de ce genre sont loin d'être rares et un grand nombre d'entre nous pourrait en citer des exemples.

Dans certain cas où la lésion fibromateuse est limitée au col, ou tout au moins à la partie inférieure de l'utérus et fait une saillie considérable avec engagement dans le vagin, le *myomectomie vaginale* sera indiquée pendant le travail. J'ai eu un cas de ce genre avec succès pour la mère et pour l'enfant, suivi plus tard d'une nouvelle grossesse avec terminaison facile et spontanée.

Mais l'expectation sera loin d'être indéfinie. Elle cessera dès que l'état de la mère s'altère et que la fièvre se déclare, faisant craindre un commencement d'infection. Attendre

davantage serait courir au devant d'un danger certain en comptant sur terminaison spontanée problématique. L'intervention immédiate s'impose. Celle-ci ne saurait être que chirurgicale, et l'accoucheur doit opérer aussitôt.

Tenter la myomectomie abdominale pendant le travail m'a toujours semblé irrationnel et dangereux. Il ne reste, disent les livres d'accouchements que l'opération césarienne conservatrice et l'*opération de Porro*. Dans l'état actuel de la science, il y a lieu d'en adjoindre une troisième, c'est l'*hystérectomie abdominale totale*. Pour les cas de dystocie par fibromes utérins, cette dernière doit prendre le pas sur les précédentes : elle doit rentrer dans la catégorie des opérations obstétricales.

L'hystérectomie abdominale totale, parfaitement réglée dans sa technique, donne des résultats excellents, si je m'en rapporte aux faits publiés dans ces dernières années, faits auxquels je viens ajouter l'observation suivante qui est à ma connaissance la dernière en date.

Observation. — La femme L..., âgée de 39 ans, III pare, est amenée à la Maternité Sainte-Anne, le 2 avril 1900. D'excellente santé et sans antécédents pathologiques, elle s'est mariée il y a neuf ans ; dix-huit mois après elle accoucha spontanément d'un enfant à terme. Rien de particulier ne fut noté à propos de ce premier accouchement

Deux ans après, elle redevint enceinte et avorta à 5 mois. Le médecin qui l'assista à cette occasion reconnut l'existence d'une dégénérescence fibromyomateuse de l'utérus qui, après la délivrance, conserva le volume d'une tête d'adulte. Malgré cela, il n'y eut aucun accident ; la santé générale se rétablit aussitôt et la femme reprit ses occupations habituelles. Tout au plus, nous dit-elle, le ventre était plus gros qu'avant, les règles un peu plus abondantes. Aucun médecin ne fut appelé à la voir pendant plus de 4 ans consécutifs.

En juillet 1899, les règles disparaissent et des signes de grossesse se manifestèrent. Le ventre augmenta considérablement de volume aussitôt après et déjà, à la fin août, il avait les

dimensions du terme. Comme il n'y avait ni accidents ni douleurs, la femme ne s'en préoccupa pas, et ce ne fut qu'en janvier 1900, six mois après le début de la grossesse, que le Dr Delegrange, de Tourcoing, fut appelé à donner son avis.

La femme ne sentait point et n'a jamais senti les mouvements actifs du fœtus. Notre confrère ne fut pas plus heureux : il ne lui fut pas possible non plus de reconnaître aucune partie fœtale, tant les parois utérines étaient dures et épaisses. Toutefois il perçut nettement les bruits du cœur du fœtus en haut et à gauche et affirma l'existence de la grossesse.

Celle-ci se continua sans encombre jusqu'au 30 mars. A cette date, des douleurs survinrent et la poche des eaux se rompit. Malgré la continuation des douleurs qui n'étaient pas énergiques, tout en étant fréquentes, il n'y eut ni dilatation, ni engagement. Le 2 avril la femme nous est amenée à la Maternité.

L'examen, pratiqué sous le chloroforme, nous montre une matrice énorme (45 c. m. du pubis au creux de l'estomac, 35 c. m. en travers), d'une dureté ligneuse sur toute sa surface qui est parsemée de noyaux fibreux roulant sous la peau. Cette dureté est générale, absolue, sauf en haut et à gauche où je peux la déprimer un peu, sans toutefois reconnaître la moindre partie fœtale. N'étaient les affirmations catégoriques du médecin et de la femme, et aussi l'écoulement du liquide amniotique teinté en jaune et odorant, on aurait pu hésiter sur le diagnostic de la grossesse.

Au toucher, la portion sous-vaginale du col est molle et souple, surmontée aussitôt d'une masse dure, ligneuse, couvrant comme un dôme l'entrée du bassin, toutefois plus saillante à droite. Le doigt introduit dans l'orifice parcourt un canal étroit, resserré, à une hauteur de plusieurs centimètres et finit par atteindre une petite partie fœtale, sans arriver à la déterminer : il revient chargé d'un liquide roussâtre, odorant avec débris de matière caséeuse.

Il s'agit évidemment d'une grossesse à terme dans un utérus entièrement fibromateux : enfant probablement mort.

Quoique jugeant l'accouchement par les voies naturelles à peu près impossible, vu la résistance, l'épaisseur et l'étendue totale de

la dégénérescence, je résolus d'attendre au lendemain pour juger de la marche des événements et assurer l'asepsie des voies génitales par de larges irrigations vaginales et intra-cervicales.

Le lendemain, même état. T. 38°5.

Une demi-heure après l'examen, frisson très violent, T. 40°.

Il y avait de l'infection commençante : l'intervention devait être faite aussitôt, et, d'accord avec mon collègue, M. le docteur Delassus que je chargeai d'opérer, nous décidons de pratiquer d'emblée l'hystérectomie abdominale totale, nous réservant d'inciser l'utérus et de libérer l'enfant aussitôt après l'énucléation de l'organe.

L'opération fut faite le 3 avril à 3 heures de l'après-midi.

Toutes précautions antiseptique prises et la femme chloroformisée, une longue incision de près de 40 centimètres ouvre le ventre de bas en haut : à travers cette boutonnière, l'utérus énorme est saisie avec de fortes pinces de Museux et amené au dehors. On l'incline fortement à gauche, de façon à découvrir les annexes et le ligament large du côté droit.

La trompe droite est de la grosseur du poing, distendue par un liquide séro-purulent qui se voit par transparence. On place immédiatement deux longues pinces-clamp au dessous, l'une rasant l'utérus, l'autre un peu au-dessous, et on sectionne le ligament large entre les deux.

Même intervention rapide du côté gauche.

Puis la masse est soulevée en haut, ce qui est très facile vu la longueur considérable du vagin (chose notée dans la plupart des observations d'hystérectomie obstétricale), dont l'extrémité supérieure dépasse le niveau du pubis. On place un écarteur sur le pubis, et on fait une incision semi-circulaire sur la surface antérieure de l'utérus, qui intéresse seulement le péritoine, et permet de décoller cette séreuse de haut en bas jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur tout en refoulant la vessie en avant. En renversant ensuite la masse en avant, on libère de même le péritoine de la face postérieure.

Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert avec le bistouri jusque sur ses parties latérales; deux petites pinces-clamp sont aussitôt appliquées sur la surface de section qui comprend les utérines.

On agit de même pour le cul-de-sac vaginal postérieur. Finalement l'énorme masse est entièrement libérée, et confiée aussitôt à l'un des aides qui l'ouvre séance tenante pour en extraire le fœtus. Celui-ci était mort et macéré ; nous y reviendrons.

Cette première partie de l'opération a duré exactement quatorze minutes, la femme n'a pas perdu de sang, et les anses intestinales n'ont pas été mises à nu, étant toujours maintenues en dehors du champ opératoire par des compresses stérilisées, la femme étant placée dans la position de Trendelenburg.

Sans désemparer, le chirurgien procède aussitôt à la ligature des parties saisies par les clamps. Deux fortes ligatures de soie sont placées de chaque côté sur la surface de section des ligaments larges, deux autres au niveau des culs-de-sac vaginaux. Au bout de dix minutes, l'hémostase était assurée.

On saisit alors avec des pinces de Kocher le péritoine antérieur et postérieur précédemment décollé de l'utérus; on en fait la suture avec des fils de catgut d'abord à droite, puis à gauche pour reconstituer le dôme vaginal, qu'on laisse ouvert au milieu pour le drainage péritonéo-vaginal.

La toilette du petit bassin est faite avec soin; deux gros drains entourés de gaze iodoformée sont engagés du ventre dans le vagin à travers l'ouverture laissée au milieu. Les intestins sont remis en place, et on ferme la cavité abdominale par 3 plans de suture, l'un péritonéal, l'autre musculaire avec du catgut, le troisième cutané avec des crins de Florence. Pendant la suture, une injection hypodermique de 500 gr. de sérum artificiel est faite.

Le pansement appliqué, la femme est reportée dans son lit.

L'opération avait duré 58 minutes.

Examen des pièces. — Dès que la matrice avait été libérée, je procédais aussitôt à son ouverture par une longue incision de haut en bas qui, après avoir traversé une paroi d'une épaisseur considérable variant de 6 à 12 centimètres, m'amena sur un fœtus en position O.I.G.A. Il fut extrait vivement : il était mort et macéré. En certains endroits, l'épiderme est détaché, le derme ramolli et rougeâtre. La mort du fœtus remontait donc à 5 ou 6 jours, tout à fait au début du travail, peut-être même avant. Le cordon était mou, flasque, jaunâtre. Le placenta, laissé en

place, s'insère tout à fait en haut, en arrière et à gauche, sur la partie de l'organe qui était le moins dégénérée, puisque la paroi ne mesurait à ce point que 3 cent. d'épaisseur.

Le fœtus bien conformé et paraissant à terme pèse 3.120 gr.

La matrice, annexes et placenta compris, pèse 7 kilos 350 gr. Soit un poids total de 10 kilos 470 grammes !

L'organe est, dans toute son étendue, le siège d'une dégénérescence fibromyomateuse d'aspect grisâtre, d'une consistance ligneuse, formée de noyaux innombrables, de volume variable, dont quelques-uns tout petits font saillie sous le péritoine, d'autres soulèvent les membranes de l'œuf, et le plus grand nombre instertitiels, donnent aux parois une épaisseur et une résistance énormes, qui n'auraient jamais permis un assouplissement capable de laisser passer l'enfant à travers le segment inférieur, et qui nous expliquent en outre l'impossibilité absolue pendant tout le temps de la grossesse de percevoir les mouvements actifs du fœtus et de déterminer la moindre partie fœtale.

Suites opératoires. — Elles furent aussi simples que possible. La femme, qui avait 40° au moment de l'opération, n'en avait plus que 37° le lendemain matin ; le thermomètre oscilla entre 37° et 38° jusqu'au neuvième jour où il atteignit 39° : ce qui était dû à un petit abcès intra-pariétal occasionné par la suture au catgut. On en vint très facilement à bout par des injections au nitrate d'argent et le drainage.

Pendant les quatre premiers jours, on fit, matin et soir, d'abondantes injections de sérum artificiel.

Le drain vaginal-péritonéal fut retiré le septième jour ; il n'y eut qu'un suintement sanguin insignifiant pendant quarante-huit heures.

Les sutures furent enlevées le onzième jour ; la femme se leva le dix-huitième, et elle quitta la Maternité le 28 avril, vingt-cinq jours après l'opération.

Je l'ai revue ces jours derniers (27 juillet), trois mois après sa sortie.

Depuis son départ de la Maternité, elle a repris, y compris la vie conjugale, le cours de ses occupations et son genre de vie habituels, sans inconvénient ni difficulté. Un seul incident est survenu il y a trois semaines. La suture au catgut a entraîné

une suppuration partielle de la ligne de suture, avec élimination de plusieurs bouts de fil. En ce moment, cette suppuration est tarie et tout est rentré dans l'ordre.

Le cul-de-sac profond du vagin est régulier et indolore au toucher : les fonctions intestinales, d'abord pénibles, sont aujourd'hui faciles et régulières. Pas d'éventration.

A la lecture de cette observation, comme à la lecture de celles qui ont été publiées dans ces deux dernières années, et parmi lesquelles je citerai celles de M. Delassus, de Lille, l'opérateur de ma malade, de MM. Vautrin et Schull de Nancy, de M. Delagenière du Mans, de M. Lepage de Paris, etc., il est un fait qui mérite d'appeler l'attention, c'est la facilité de libérer l'utérus fibromateux de ses attaches inférieures, grâce à l'élongation du vagin, résultat de la grossesse à terme.

Dans aucun cas, je n'ai vu mentionner l'enclavement de l'organe dans le bassin.

Son soulèvement en haut, quand l'abdomen est ouvert, a été toujours facile, plus facile que dans les hystérectomies pour des fibromes, pratiquées en dehors ou au début de la grossesse. La formation de la collerette péritonéale et la désinsertion de l'organe ont pu être faites chaque fois sûrement, rapidement, facilement même, et ce n'est pas là un des moindres avantages de l'opération.

Un autre fait, non moins intéressant à noter, c'est l'absence d'accidents septiques post-opératoires Alors même que l'intervention était faite en pleine période d'infection (notre malade avait de la fièvre depuis deux jours ; elle avait eu un frisson intense et 40 degrés de température avant l'opération). J'attribue cet heureux résultat à la suppression totale de la muqueuse utérine, ainsi que de tous les vaisseaux de la matrice, veines et lymphatiques. L'opération de Porro, a-t-on dit, donne plus de sécurité à ce point de vue en évitant le déversement dans le péritoine des produits septiques du vagin. Mais le vagin est moins infecté, et dans tous les cas

plus facile à désinfecter par le drainage que le col de l'utérus, même lorsqu'on procède à l'évidement de la muqueuse.

Enfin la suppression de tout moignon utérin, extra ou intrapéritonéal, hâte singulièrement la guérison définitive.

Avant de conclure, je voudrais pouvoir trancher une dernière question. Quand on pratique l'hystérectomie abdominale totale pour dystocie due à des fibromes utérins, la grossesse étant à terme, faut-il extraire l'utérus sans l'ouvrir, ou bien est-il préférable d'extraire tout d'abord l'enfant par l'incision césarienne *in situ* et ne faire l'ablation de l'organe qu'après ?

Si le fœtus est mort, il n'y a pas à hésiter, l'organe est enlevé en masse et d'emblée.

Quand le fœtus est vivant, la question peut-être controversée, et les faits manquent pour permettre une solution pertinente.

Je pencherais volontiers pour la même ligne de conduite. En effet, l'incision césarienne dans un utérus fibromateux est loin d'être commode et rapide. L'enfant court autant, sinon plus de dangers de ce fait que du fait de l'interruption de la circulation utérine pendant les quelques instants qui séparent la section des artères de l'extraction définitive de l'organe.

Conclusion. — L'hystérectomie abdominale totale, parfaitement réglée dans sa technique, facile à pratiquer et ayant donné d'heureux résultats, est l'opération de choix dans les cas de dystocie par fibromes utérins, la grossesse étant à terme. A ce titre, elle doit être inscrite désormais au nombre des opérations obstétricales.

NOTE CLINIQUE

Epithélioma de la main gauche (2me récidive), par René DESPLATS, externe des hôpitaux (1).

La femme F. E..., ménagère, âgée de 32 ans, entre à l'hôpital le 3 mars et nous montre sur une main gauche, privée de son pouce, une tumeur correspondant à l'éminence thénar et des ganglions tuméfiés dans le creux de l'aisselle du même côté.

Avant d'examiner les deux régions, nous l'interrogeons sur ses *antécédents héréditaires* qui ne révèlent rien, sur sa *santé personnelle* qui fut toujours excellente ; elle a eu 4 enfants dont 2 vivent encore et se portent bien, les 2 autres sont morts en bas-âge. Il y a 4 ans, elle vit pousser sur la face dorsale du 1er métacarpien un petit bouton qui ne l'inquiéta pas, sa santé restant toujours bonne, et elle se contenta pendant 1 an d'appliquer des pommades, mais peu à peu cette élevure avait atteint la grosseur d'une petite noisette, et elle vit un an plus tard M. le professeur Guermonprez qui extirpa la tumeur en respectant les parties sous-jacentes ; la cicatrisation se fit bien sans incidents, et il semble qu'à cette époque on ne pouvait pas soupçonner la véritable nature du néoplasme. Cependant bientôt après il y eut une 1re récidive sur place, le développement fut plus rapide que précédemment et en novembre 1898, la malade alla trouver M. le docteur Franchomme, qui jugea à propos une opération plus radicale ; il fit une incision annulaire portant sur toute l'éminence thénar en y comprenant le 1er métacarpien, puis une incision verticale sur la face dorsale du pouce dont il dénuda complètement les deux phalanges, se servant de cette peau pour recouvrir la plaie opératoire.

Soupçonnant la malignité du néoplasme, il n'hésita pas à faire un curage dans la région de l'aisselle et il put enlever trois ganglions. Cette fois encore, la cicatrisation se fit très bien, la

(1) Communication à la Société Anatomo-clinique de Lille.

malade n'eut pas de fièvre et se rétablit promptement, mais la récidive fut presque immédiate du côté de la main ; quant à l'aisselle, elle fut envahie apparemment pour la malade en novembre 1899.

Actuellement, la malade paraît bien portante, elle mange bien, dort bien, est réglée normalement, toutes ses fonctions sont régulières ; elle a cependant un peu maigri, nous dit-elle, mais son état n'inspire aucun soupçon.

La tumeur, située sur le bord radial de la main gauche, à la place occupée primitivement par la cicatrice, s'étend en hauteur depuis l'extrémité inférieure jusqu'au tiers supérieur du second métacarpien, elle a la forme d'une poire dont la grosse extrémité serait tournée en haut, elle a 6 centimètres 1/2 dans sa plus grande hauteur, 5 centimètres dans sa plus grande largeur ; lorsqu'on la saisit entre les doigts, on sent que sa face interne s'étend jusqu'au second métacarpien, sur lequel elle paraît d'ailleurs mobile ; elle est recouverte d'une peau distendue dont la couche superficielle seule se soulève quand on essaye de la plisser, mais qui n'est pas néanmoins nettement adhérente, l'extrémité inférieure est beaucoup plus rouge, ulcérée, tout à fait en bas depuis 15 jours, paraît-il.

Du côté de l'aisselle, on trouve des ganglions engorgés.

Malgré cette tuméfaction ganglionnaire, l'aspect de la tumeur, le fait de sa non adhérence aux parties profondes et probablement aux parties superficielles, l'ulcération tardive, son siège, la santé de la malade conservée forcent presque le diagnostic d'ostéosarcôme, et c'est là que s'arrête M. le professeur Duret.

Nous avons occasion de voir le même jour M. le docteur Franchomme, qui nous dit avoir lui-même porté le diagnostic de sarcôme malin lors de son intervention, mais la pièce fut examinée par M. Augier qui reconnut qu'il s'agissait en réalité d'un épithélioma.

L'intervention a eu lieu le vendredi 9 mars 1900, elle consiste à circonscrire la base de la tumeur au bistouri d'un trait circulaire qui comprend en même temps que la tumeur elle-même le second métacarpien, préalablement désarticulé en haut et en bas ; on fait une incision longitudinale sur la face externe de l'index, on enlève phalange, phalangine, phalangette, que l'on a

soigneusement détachées de la peau et l'on se sert de cette peau pour recouvrir la plaie opératoire. On fait un curage dans l'aisselle et l'on procède au pansement.

La pièce est examinée de nouveau par M. le professeur Augier.

Microscopiquement, la coupe a un aspect aréolaire, ces aréoles étant délimitées par des bandes fibreuses blanchâtres et remplies par un tissu moins dure, d'un rouge foncé ; il ne s'écoule pas de suc à la coupe et, en somme, l'aspect n'est pas celui d'un sarcôme d'origine osseuse.

Au microscope on trouve le revêtement épidermique épaissi en certains points, dans le derme et dans la couche sous-dermique on trouve des amas épithéliaux qui rappellent par leur agencement les pelotons des glandes sudoripares ; quand on examine les partis profondes des coupes, l'aspect diffère totalement ; on ne trouve plus d'amas épithéliaux à proprement parler ; mais les cellules néoplasiques sont disposées en trainées et affectent d'une manière générale la forme d'un réticulum assez régulier comme s'il s'agissait du réseau lymphatique dans lequel ces éléments auraient pénétré par effraction, finissant par les combler.

En revoyant les coupes pratiquées antérieurement, on constate la même disposition et M. le professeur Augier pense qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale ayant pour point de départ les glandes sudoripares.

La rareté du fait et l'intérêt de son interprétation nous ont décidé à présenter cette observation à la Société.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 30 Mai 1900. — Présidence de M. Duret, président.

La correspondance comprend :

1° La thèse inaugurale de M. le Dr Platel, intitulée : « *Une méthode de traitement des fractures ;*

2° Le 4me fascicule du Bulletin de la Société pour 1899.

Rapport sur l'attribution du prix Féron-Vrau. La parole

est donnée à M. le Dr Franchomme pour la lecture du rapport concernant l'attribution du prix Féron-Vrau, rapport qu'il vient lire au nom de la Commission composée de MM. les professeur Desplats, Lemière et Franchomme.

Deux mémoires avaient été présentés à l'examen de la Commission. Le premier est intitulé : *Des résultats obtenus par l'examen radiographique dans le cas de corps étrangers et dans les fractures récentes ou anciennes*, sujet proposé pour le concours, L'auteur a fait précéder son exposition d'une introduction relative à la nature et au mode d'emploi des rayons X. L'ensemble du travail est extrêmement copieuse et il a exigé des recherches nombreuses.

Le second mémoire est intitulé : *Contribution à l'étude des canaux du temporal.* C'est un excellent travail divisé méthodiquement où l'auteur, après avoir donné une description complète du temporal à l'état adulte, a consacré un chapitre à l'étude embryologique et ontogénique des canaux de cet os.

Le texte est accompagné de planches et de photographies originales.

Après examen approfondi, la commission, embarrassée en face de ces deux mémoires, tous deux de valeur, a dû rechercher les imperfections inévitables pour fixer son choix. Elle a jugé que le premier mémoire pêchait un peu par la forme, que l'auteur n'avait pas assez insisté sur les services qu'avait rendus et que pouvait rendre la radiographie pour le diagnostic et le traitement des cas obscurs. — Le second mémoire est complet, clair, bien divisé et de plus, il comporte une partie qui est tout à fait originale, et ce fait a pesé pour beaucoup dans la balance du jugement. En conséqnence, la commission propose comme lauréat du prix Féron-Vrau l'auteur du mémoire sur les *canaux du temporal.*

Les conclusions du rapport mises aux voix sont adoptées, et la Société anatomo-clinique accorde le prix Féron-Vrau à M. Pr. Piet, interne provisoire.

A la demande de M. le président, la Société vote une mention très honorable à M. Dervaux, interne des hôpitaux dont le mémoire, qui n'a pas réuni les suffrages du jury, a dû cependant coûter à son auteur de nombreuses recherches.

M. le président remercie aussi M. Franchomme pour le rapport qu'il vient de présenter et le prie de transmettre ces remerciements à la commission au nom de la Société.

1° **Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage traité par l'électrolyse.** — Guérison par M. le docteur FLOUQUET, membre correspondant *(sera publié)*.

M. DURET. — Le mode de traitement a donné, dans ce cas, un joli résultat auquel le siège de la sténose aux environs du cardia a, sans doute, contribué dans une large part.

On ne peut que féliciter les médecins qui employent, en clientèle, ces méthodes de traitement, méthodes qui ne sont guère suivies que dans les cliniques hospitalières.

2° **Synovite fongueuse prise pour un kyste synovial.** — Présentation de pièces par M. le docteur FRANCHOMME, ex-chef de clinique chirurgicale.

M. Franchomme présente à la Société une petite tumeur qu'il a enlevée récemment sur l'avant-bras d'un enfant d'une dizaine d'années. Cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon siégeait au niveau de la gaîne des fléchisseurs. Elle semblait rénittente et ne donnait pas la sensation de grains riziformes. Le diagnostic porté fut celui de kyste synovial, mais à l'ouverture on s'aperçut qu'il s'agissait d'une tumeur solide et l'on craignit que ce ne fut une tumeur maligne sarcomateuse ; mais l'examen histologique a prouvé la nature tuberculeuse de cette petite tumeur qui était en réalité une synovite fongueuse hypertrophiante.

M. DURET. — Cette forme de synovite fongueuse, quoique très rare, a été bien décrite à côté des synovites à grains riziformes qui sont la forme la plus fréquente des synovites fongueuses. Lorsque la lésion ne peut se développer librement,

les fongosités remplissent peu à peu la gaine des tendons qu'elles distendent, donnant ainsi une tumeur solide, mais l'évolution de cette affection est toujours très lente.

M. Franchomme. — Dans ce cas, en effet, la tumeur n'avait guère augmenté de volume depuis quelques mois et cette considération nous rassurait sur sa nature.

M. Duret. — Quelle était la disposition des tubercules à la coupe sous le microscope ?

M. Franchomme. — La masse était formée de grosses cellules agglomérées en véritables corpuscules tuberculeux accolés les uns aux autres.

3° Tumeur intra-utérine de nature endothéliale.

M. Duret présente un utérus qu'il a enlevé chez une multipare de 65 ans dont la ménopause s'était effectuée d'une façon régulière et qui, depuis un an, ressentait dans le ventre des douleurs atroces, s'irradiant vers les aines, douleurs qui s'accompagnaient d'un léger écoulement roussâtre et de quelques métrorrhagies. L'intensité de ces douleurs était telle que la malade présentait des troubles mentaux. Elle ne pouvait plus dormir et avait perdu tout appétit. A l'examen par le toucher, on constatait une tumeur faisant saillie dans le canal cervical à la façon d'un polype. Le palper chez cette femme très corpulente, à paroi abdominale très grasse, ne donnait que peu de renseignements.

L'intervention fut faite par la voie abdominale, je tombai sur un utérus en rétroflexion, gros comme le poing d'un adulte, de consistance friable : la masse perçue au toucher comme un polype ne fut pas retrouvée ; elle était produite par le fond de la matrice inversé. L'ablation se fit assez rapidement par les méthodes ordinaires malgré la grande friabilité du tissu.

A la coupe, on trouva une masse blanc-jaunâtre tapissant toute la face interne de la matrice épaissie. cette masse de tissu friable semblait due à une dégénérescence de la muqueuse mais elle n'avait pas l'aspect du cancer. Elle était adhérente au tissu musculaire sous-jacent, mais on arrivait cependant à l'en détacher.

Il est intéressant de noter dans ce cas l'acuité exagérée des

douleurs et ce caractère joint aux renseignements fournis par l'interrogation et l'examen direct peuvent faire penser au cancer, car dans les cas de fibrome pur, il n'existe jamais de douleurs aussi intenses. Au point de vue du pronostic, on peut aussi se demander si cette forme de tumeurs est aussi infectante que les épithéliomas du col, car, dans le cas dont il s'agit, les ligaments larges paraissaient sains au moment de l'intervention.

M. Danel. — A l'examen histologique, cette tumeur paraît être de nature endothéliale en voie de regression, car elle présente des portions de dégénérescence graisseuse.

M. Franchomme. — Le symptôme douleur, dans le cas de cancer utérin, quoique très fréquent, peut manquer parfois. Il me souvient d'avoir soigné une femme atteinte de néoplasme incurable de l'utérus et qui, jusqu'à la fin de sa maladie, ne ressentit jamais aucune douleur dans le ventre.

NOUVELLES

Société Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien. — Le Comité de Lille a célébré la fête de saint Luc par une messe qui a été dite le jeudi 18 Octobre, à 8 heures, dans la chapelle des R. P. Camilliens, rue de la Bassée. Après la messe, les litanies des saints médecins et les prières pour les confrères défunts ont été récitées. Pendant la messe, les orphelins de l'œuvre salésienne ont exécuté des chants religieux très remarqués.

Malgré la coïncidence de cette messe, avec les vacances, un grand nombre de confrères s'étaient rendus à l'invitation du bureau. M. le vice-recteur et un grand nombre d'étudiants étaient également présents.

Le dimanche suivant, la Société se réunissait à Paris. Le matin, à 8 heures, une messe était célébrée dans la Basilique de

Montmartre, à la chapelle spécialement consacrée à nos saints patrons et érigée à la suite d'une souscription des médecins catholiques français. Une centaine de confrères étaient présents

M. l'abbé Fonsagrives, aumônier du Cercle du Luxembourg, officiait. A l'Évangile, il fait l'éloge funèbre de notre regretté président général, le Dr Ferrand. Il déclare qu'il laissera à d'autres le soin de parler de l'homme de science, il ne fera que l'éloge du médecin chrétien et de l'homme charitable.

Avec beaucoup de discrétion et d'à-propos, il nous montre que, dès sa jeunesse, il apprit au foyer paternel à juger le médecin chrétien. Elevé à l'école de cet homme qui s'appelait le professeur Fonsagrives, il devait saisir avec facilité les points de contact qui rapprochent le sacerdoce médical du véritable sacerdoce, et qui fait du prêtre et du médecin, appelés tous deux à connaître les mêmes douleurs et à soulager les mêmes souffrances, deux auxiliaires et non deux ennemis.

Il nous montre le docteur Ferrand exerçant ce sacerdoce de la façon la plus digne, médecin instruit et apprécié par ses pairs, en même temps que chrétien convaincu pratiquant toute sa religion sans aucun respect humain.

Il rappelle l'estime générale dont ses pairs l'entouraient, et il montre la pression que tous firent, à l'unanimité, sur l'administration, pour faire réparer le déni de justice dont il avait été l'objet.

Il nous montre aussi, avec une très grande délicatesse, la charité inépuisable du docteur Ferrand.

La Messe s'achève et le docteur Gouraud, vice-président de la Société, prononce l'acte de consécration au Sacré-Cœur.

Après la bénédiction du Saint-Sacrement, chacun s'empresse de se diriger vers le Cercle du Luxembourg, où doit avoir lieu la séance générale.

Cette séance a lieu sous la présidence de M. le docteur Duret, doyen de la Faculté libre de médecine de Lille. A côté de lui, prennent place au bureau : MM. les docteurs Gouraud, vice-président, et Dauchez, secrétaire général du comité central.

Dans la nombreuse assistance, composée de médecins venus de tous les points de la France pour s'unir à leurs confrères de Paris, nous remarquons : MM. les docteurs Desplats, Feron-

Vrau et Lemière, de Lille, Coulomb, de Cambrai, qui réprésentent le comité lillois.

M. le secrétaire général-adjoint lit un rapport, fréquemment applaudi, sur le fonctionnement de la Société dans les divers comités de régions.

M. le Secrétaire-général donne lecture de la correspondance comprenant un grand nombre de lettres de confrères s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Il est alors procédé à l'élection du président général de la Société, en remplacement du docteur Ferrand. L'unanimité des suffrages appelle à la présidence le docteur Gouraud.

M. le docteur Duret, en proclamant ce résultat, félicite la Société de son heureux choix et fait un éloge délicat de M. le docteur Gouraud.

Ce dernier remercie ses confrères du grand honneur qu'ils lui ont fait et déclare qu'il considère cette nomination comme le couronnement de sa carrière médicale.

On procède alors à l'élection de deux vice-présidents : sont élus MM. les docteurs Le Bec et Alibert, de Paris.

Sur la proposition du comité de Lille, il est décidé qu'à l'avenir quelques vice-présidents, choisis parmi les membres des comités de province seront adjoints au Bureau. Le nombre de ces vice-présidents et le mode d'élection seront étudiés par le Bureau, et les conclusions de cette étude seront soumises à la prochaine assemblée générale.

M. le Secrétaire général rend compte du pélerinage annuel et traditionnel à Luzarches.

Il soumet aussi à la Société diverses propositions émanant des comités provinciaux qui toutes seront étudiées.

M. le docteur Monnier expose la situation financière, et ses comptes sont approuvés à l'unanimité.

Dom Sauton présent à la réunion, distribue quelques brochures destinées à intéresser les membres de la Société à l'œuvre des lépreux dont il est la cheville ouvrière.

M. Feron-Vrau propose alors à l'Assemblée de faire une souscription dans le but d'ériger une statue à saint Luc, dans la chapelle des Saints-Médecins, à la Basilique de Montmartre.

Cette proposition est prise en considération et sera étudiée

par une Commission composée de MM. Gouraud, Feron-Vrau, Le Bèle et Dauchez.

Avant de lever la séance, M. Le Bec entretient les confrères de la guérison miraculeuse du bûcheron atteint depuis des années de fracture compliquée de la jambe, guérison survenue brusquement au sanctuaire dédié à Notre-Dame de Lourdes, dans le village d'Ostaker, en Belgique.

Cette guérison fut confirmée par l'autopsie faite à la mort du bûcheron quelques années plus tard. Nos lecteurs connaissent déjà ce fait dont nous les avons entretenus l'année dernière. M. Le Bec met sous les yeux de l'Assemblée un moulage des os de la jambe de ce malheureux.

Après la séance, les confrères présents se sont réunis dans un banquet très cordial et très bien servi par l'hôtel Perreyre. Au dessert, des toasts ont été portés par MM. le docteur Duret, le docteur Gouraud, l'abbé Fonsagrives, le docteur Le Bèle et le docteur Le Bec.

Concours d'internat. — Le concours d'internat s'est ouvert lundi dernier à neuf heures à l'hôpital de la Charité.

A l'épreuve écrite, les questions suivantes avaient été mises dans l'urne :

Corps thyroïde ; maladie de Basedow ;

Périnée chez l'homme, miction, symptômes et diagnostic des cystites ;

Voies biliaires, lithiase biliaire ;

Vaisseaux capillaires, anatomie et physiologie ; anévrismes du creux poplité ;

Muqueuse intestinale, intestin grêle ; symptômes et diagnostic des perforations intestinales.

C'est la première question qui est sortie.

Pour l'épreuve orale les questions suivantes avaient été choisies :

Hernie ombilicale étranglée ; symptômes, diagnostic et traitement ;

Symptômes, diagnostic et traitement des arthrites du genou ;

Symptômes, diagnostic et traitement de l'angine diphtérique.

La première question a été favorisée par le sort.

A la suite de ces épreuves, complétées par l'examen de deux malades, le Jury a classé les candidats dans l'ordre suivant : MM. Leroy, Deshusses, Paul Delobel, Piet, Real.

Concours d'externat. — Le même jour, à la même heure, commençait aussi le concours d'externat.

Les questions mises dans l'urne pour l'épreuve écrite étaient les suivantes :

Canal inguinal : symptômes de la hernie inguino-scrotale ;

Muscles fessiers ; symptômes et diagnostic de la sciatique ;

Face inférieure et rapports du foie ; ictère.

C'est la première question qui a été traitée.

Pour l'épreuve orale, les questions suivantes ont été proposées :

Fractures du péroné ; traitement.

Symptômes et diagnostic de l'érysipèle ; préparation et injection des sérums artificiels ;

Symptômes de la pleurésie ; thoracentèse. Fractures du radius et leur traitement.

Les candidats ont été divisés en deux séries ; la première a eu à traiter les fractures du péroné et la seconde a dû exposer les symptômes de la pleurésie.

Le jury a classé les candidats dans l'ordre suivant : MM. Delépine, Robert, Duchêne, Labande, Perard, Delfosse, Augier, Lefebvre Léon, D'Halluin Maurice, Vermesch, Klein, Guilluy, Levesque, D'Halluin Paul, Dubus.

CARNET DU " JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES "

Fiançailles. — Nous annonçons à nos lecteurs les fiançailles de M. le docteur Verstraete, chef de clinique chirurgicale à la Faculté libre, avec Mlle Madeleine Houzel, de Marconne-lez-Hesdin, et celles de Mlle Jeanne Redier avec M. Jean Sengeisen, ingénieur à Paris.

Nécrologie. — M. l'abbé Leuridan, bibliothécaire de nos Facultés, vient d'avoir la douleur de perdre son père, M. Théodore

Leuridan, décédé à Roubaix, le 22 octobre. Nous lui offrons, en cette douloureuse circonstance, nos plus sincères compliments de condoléance.

On annonce de Merville la mort de M. l'abbé Maurice Bouquet, ordonné prêtre il y a quelques mois et que sa santé chancelante avait obligé à se retirer dans sa famille. Avant d'entrer au Grand Séminaire de Cambrai, M. Maurice Bouquet avait commencé ses études médicales à la Faculté libre de Lille, où il avait pris des inscriptions en 1893 et 1894. Il était né en 1874.

Changement de domicile. — M. le docteur Camelot vient de se fixer 12, rue de Tenremonde.

BIBLIOGRAPHIE

L'exploration clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée, par MM. Ch. Achard et J. Castaigne, N° 23 de *L'œuvre Médico-Chirurgical.* (Masson et Cie, éditeurs.)

L'œuvre Médico-Chirurgical, dont les monographies paraissent chaque fois que l'exige un nouveau progrès ou une nouvelle méthode, vient de publier une étude sur la question à l'ordre du jour de l'exploration clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée.

Si l'on a raison d'attribuer une signification grave à la diminution quantitative de l'urine et de l'urée, on aurait tort de conclure que la cause primordiale et unique de cette gravité doit nécessairement résider dans l'état du rein. Le clinicien doit pousser plus loin son enquête et savoir ce qui fait cette gravité du pronostic ; il doit s'attacher à déterminer aussi exactement que possible la part qui revient en propre à la défaillance des reins et aux désordres simultanés des autres fonctions.

Or, l'épreuve de l'élimination provoquée lui permettra, mieux

que les anciens procédés, de faire cette analyse de physiologie pathologique. Après avoir rappelé les origines de la méthode, les auteurs étudient la substance dont ils ont fait choix pour le diagnostic : le bleu de méthylène. L'*action de cet agent dans l'organisme*, la *technique de l'épreuve*, les *résultats obtenus*, la *discussion du procédé*, l'étude des *autres substances employées*, la *signification et la valeur de la méthode*, le *mécanisme de l'élimination rénale*, les *autres éléments du diagnostic*, les *autres éléments du pronostic*, sont le sujet d'autant de paragraphes, dont certains accompagnés de graphiques, où l'ensemble de cette question si nouvelle et d'un si grand intérêt est complètement exposé et mis au courant des dernières recherches.

La chirurgie et la médecine d'autrefois, par M. le Dr P. Hamonic. Paris 1900, Maloine, éditeur.

La *Chirurgie et la Médecine d'autrefois*, tel est le titre d'un intéressant livre qui est dû à la plume si autorisée de M. le Dr P. Hamonic.

On sait combien ce chirurgien est versé dans les questions d'archéologie et combien importantes sont les collections qu'il a réunies.

Ce qui fait l'originalité de l'ouvrage que nous annonçons, c'est que l'auteur, au lieu d'appuyer sur des documents historiques une étude qui aurait été forcément sujette à discussion, et en tout cas d'une lecture peu attrayante, a voulu présenter l'état de la chirurgie et de la médecine d'autrefois en se basant exclusivement sur un certain nombre d'instruments et appareils renfermés dans ses collections et figurant en ce moment à l'Exposition.

Un instrument ancien, dont l'authencité est irrécusable, parle bien plus à l'esprit que la description la plus détaillée. Il suffit de jeter les yeux sur lui pour comprendre aussitôt la valeur de l'opération à laquelle il était destiné et la technique suivant laquelle elle s'exécutait.

De la série de 487 instruments anciens qu'il présente au lecteur, M. le Dr Hamonic tire une étude des plus intéressantes sur l'art médico-chirurgical des époques passées, et dans un style limpide et sobre, il fait revivre le praticien du bon vieux temps.

Il se dégage de la lecture de cet ouvrage une impression d'étonnement au sujet de ce que savait et osait faire le chirurgien d'autrefois et de l'outillage vraiment merveilleux qu'il avait à sa disposition.

Les maladies qu'on soigne à Berck-sur-Mer. *(Abcès froids, adénites, ostéites, tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott, scoliose, luxation congénitale de la hanche, pied bot, etc.),* par M. le docteur Calot. — Masson, éditeur.

Sur la première page, l'auteur a placé en vedette ces quelques mots :

« Aux tuberculoses fermées, la guérison sûre », maxime expliquée par les deux lignes qui suivent : « Ouvrir les tuberculoses (ou les laisser s'ouvrir), c'est ouvrir une porte par laquelle la mort entrera trop souvent ».

Voilà l'idée maîtresse du livre.

Et dans les chapitres de l'ouvrage l'on voit se dérouler la démonstration de cette vérité fondamentale et féconde que les médecins devraient tous avoir devant les yeux en présence d'une tuberculose externe, où qu'ils exercent : à la ville, à la campagne ou à la mer.

Il est impossible de suivre l'auteur dans les divers chapitres où il étudie successivement le traitement des abcès froids, des adénites, des ostéites, des tumeurs blanches, de la coxalgie, du mal de Pott,

En somme, le médecin qui est en présence d'une tuberculose externe, doit avoir ce double objectif :

1° Guérir le malade, éteindre le foyer bacillaire ; et le meilleur moyen d'y arriver, c'est le conserver fermé pour éviter toute infection secondaire, celle-ci étant le grand danger à redouter dans l'évolution des tuberculoses.

Mais si M. Calot ne fait plus d'opérations sanglantes contre la tuberculose, la thérapeutique qu'il préconise n'est pas l'abstention, loin de là; c'est l'attaque à ciel fermé, à l'abri de l'air, de l'ennemi, par des liquides modificateurs injectés dans le foyer tuberculeux : ce qui permet au médecin d'avancer et d'assurer la guérison.

2° Guérir le malade sans infirmité, amener une guérison intégrale si l'on peut, c'est-à-dire, autant que possible, la guérison des adénites cervicales sans cicatrices, des tumeurs blanches sans impotence fonctionnelle, des maux de Pott sans bosse, de de la coxalgie sans boiterie appréciable.

Et M. Calot étudie les moyens d'arriver à ces résultats orthopédiques.

La 2e partie de l'ouvrage, la moins développée, est consacrée à l'étude des maladies non tuberculeuses de l'enfance que l'auteur a étudiées largement dans les hôpitaux de Berck, aux vices de conformation et aux déformations acquises : la scoliose, la luxation congénitale de la hanche, le pied-bot, la maladie de Little, le rachitisme. Ici encore, on trouvera un exposé très précis et très net du traitement reconnu le meilleur de ces diverses maladies.

Ce livre concis, clair, méthodique et essentiellement pratique, est appelé à rendre les plus grands services au public médical.

Le Secrétaire de la Rédaction : Dr G. LEMIÈRE.

IMP. H. MOREL, LILLE, 77, RUE NATIONALE

CAPSULES VIGIER

AU CARBONATE DE CRÉOSOTE DE HEYDEN
(CRÉOSOTAL) **TUBERCULOSE.** — 2 à 6 capsules par jour.
Pharmacie VIGIER, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.

MORRHUOL
De CHAPOTEAUT

Le **MORRHUOL** renferme tous les principes actifs de l'huile de foie de morue, sauf la matière grasse. Il représente 25 fois son poids d'huile et se délivre en petites capsules rondes contenant 20 centigrammes ou 5 grammes d'huile de morue brune. — Dose journalière : 2 à 3 capsules pour les enfants mous, lymphatiques, rachitiques.

MORRHUOL CRÉOSOTÉ
De CHAPOTEAUT

Ces capsules contiennent chacune 15 centigrammes de **MORRHUOL** correspondant à 4 grammes d'huile de foie de morue, et 5 centigrammes de créosote de hêtre dont on a éliminé le créosol et les produits acides.

Elles ont donné les meilleurs résultats dans la **phtisie**, la **tuberculose pulmonaire**, la **bronchite aiguë**, à la dose de 4 à 6 capsules par jour prises au commencement du repas.

Pharmacie, 1, rue Bourdaloue, PARIS.

VICHY

SOURCES DE L'ÉTAT

Administr. : 24, Boul. des Capucines, Paris

Avoir soin de bien spécifier la Source

VICHY-CÉLESTINS. Goutte. Gravelle. Diabète.
VICHY-GANDE-GRILLE. Maladies d u foie.
VICHY-HOPITAL. Maladies de l'estomac.

PRODUITS aux SELS VICHY-ÉTAT { COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT / PASTILLES VICHY-ÉTAT

ANÉMIE, GASTRALGIE
Fièvres, Maladies nerveuses

VIN DE BELLINI
AU QUINQUINA ET COLOMBO
Apéritif, Fortifiant, Fébrifuge, Antinerveux
Exiger sur l'étiquette la signature J. FAYARD
DETHAN, Phen, rue Baudin, 23, PARIS. — Prix : 4f.

MALADIES DE L'ESTOMAC
Digestions difficiles
Manque d'appétit, Aigreurs, Flatuosités

POUDRES ET PASTILLES PATERSON
Au Bismuth et Magnésie
Pastilles : 2 fr. 50. — Poudres : 3 et 5 fr. la Boîte
DETHAN, Phien à Paris, r. Baudin, 23, et pr. Pharmacies.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien *SPÉCIFIER le nom* NESTLÉ sur leurs ordonnances.

IODURES FOUCHER, d'ORLÉANS,

DRAGÉES d'IODURE DE FER et MANNE

aussitôt dissoutes qu'arrivées dans l'estomac, elles ne constipent jamais

Dragées d'IODURE de POTASSIUM purifié

ne contenant ni iode à l'état libre ni iodates, elles ne dérangent jamais les fonctions digestives.

Dragées d'Iodure de Sodium

à 20 centig. de sel pur et minutieusement dosé.

20, Boulevard de Sébastopol, PARIS.

Rapport favorable de l'Académie de Médecine

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique

Purifie l'air chargé de miasmes

Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.

Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Marque de Fabrique. — TOUTES PHARMACIES

SOLUTION

AU BI-PHOSPHATE DE CHAUX MÉDICINAL

DYNAMISE EXCLUSIVEMENT ANIMAL

SEUL REMÈDE ARRÊTANT

LA MARCHE DES MALADIES GRAVES DE LA POITRINE

GUÉRISON DU RACHITISME SCROFULES FRACTURES CARIE DES OS

APPROUVÉ ET ORDONNÉ PAR LES MÉDECINS

DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

RECONSTITUTION CHLOROSE LYMPHATISME ÉPUISEMENT CONSOMPTION

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

CHATEL-GUYON

GUBLER

CONTRE

CONSTIPATION
CONGESTION
DYSPEPSIE
OBÉSITÉ
APPENDICITE
TYPHLITE
FIÈVRES PALUDÉENNES
ANÉMIE
des **PAYS CHAUDS**

CHATEL GUYON SOURCE GUBLER TONIQUE STIMULANTE DU TUBE DIGESTIF

Eau Minérale Naturelle Purgative de

RUBINAT - LLORACH

La seule approuvée par l'Académie de Médecine de Paris en 1880

L'analyse officielle démontre que cette eau contient 103g 814 de substances fixes dont :

SULFATE DE SOUDE : 96g265 ✤ SULFATE DE MAGNÉSIE : 3g268

Cette Eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

DOSE NORMALE : **Un Verre à Bordeaux.**

Pour éviter les substitutions ou imitations, prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances :

RUBINAT - LLORACH

Lille. — Imp. H. Morel, rue Nationale, 77.